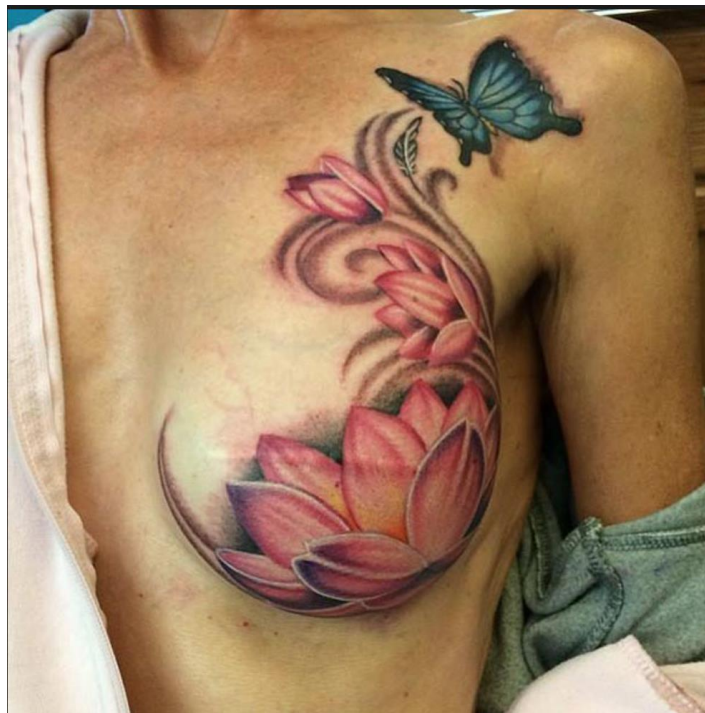




« Quel est ce corps qui me détruit ? »



UE 3.04 : Initiation à la démarche de recherche
UE 5.06 : Analyse de la qualité et traitement de données scientifiques et professionnelles
UE 6.02 : Anglais

*« A l'annonce du mot « cancer » se brisent les ailes du désir, et l'esprit se noie dans un abîme sans fond, tandis que le corps est précipité dans l'horreur de la chute :
Tomber cancéreux, c'est « tomber – mourir » dans un univers déchaîné (...).
C'est éclater en mille morceaux cancérisés, métastasés dans un océan d'indifférence
alors que le monde réel continue imperturbablement de tourner. »*

Deschamps¹

Remerciements

A ma famille pour m'avoir soutenue dans mes rêves.

A mon compagnon Matthieu pour m'avoir épaulée durant ces trois années d'études.

A Mme Rubio, ma cadre de suivi pédagogique pour son soutien et son dévouement à toute épreuve ainsi que sa confiance.

Aux amis que j'ai pu me faire lors de cette formation.

Aux infirmières qui ont accepté de réaliser mes entretiens.

Sommaire

INTRODUCTION	5
I- DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION PROFANE	6
1.1. LA SITUATION D'APPEL	6
1.2. LE CHEMINEMENT	7
1.3. LE QUESTIONNEMENT	8
1.4. DU QUESTIONNEMENT A LA QUESTION PROFANE	8
II- CHOIX METHODOLOGIQUE	9
2.1. CHOIX DE L'ECRITURE	9
2.2. CHOIX DES SERVICES ET DES SOIGNANTS	9
2.3. CONSTRUCTION DU GUIDE D'ENTRETIEN ET DEROULEMENT DES ENTRETIENS	9
III- CADRE CONCEPTUEL	11
3.1. LE CANCER	11
3.1.1. LES DIFFERENTS PLANS CANCER	11
3.1.2. LE CANCER DU SEIN	12
3.1.2.1. Les symptômes du cancer du sein	13
3.1.2.2. Les traitements	13
3.1.3. LA REPRESENTATION DU SEIN DANS NOTRE SOCIETE	14
3.1.4. LA FEMINITE	15
3.2. LA MODIFICATION DU SCHEMA CORPOREL	16
3.2.1. L'IMAGE CORPORELLE	16
3.2.2. L'ESTIME DE SOI	18
3.3. L'ACCOMPAGNEMENT	19
3.3.1. LES SOINS DE SUPPORTS	20
3.3.2. LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE	22
3.3.2.1. Les étapes de la reconstruction	22
3.3.2.2. L'accompagnement lors de la reconstruction mammaire	22
3.3.3. LE TATOUAGE DU SEIN	23
IV- LIMITES DE L'EXPLORATION EMPIRIQUE	25
V- EMERGENCE DE LA PROBLEMATIQUE	26
CONCLUSION	27

Bibliographie

Annexes

Introduction

Lorsque la fin de la deuxième année a commencé à approcher, il est apparu la question du sujet du Travail de Fin d'Etudes. Quel sujet choisir ? Comment être original ? Finalement la situation d'appel m'est apparue toute seule lors de mon dernier stage de deuxième année. En effet, cette jeune fille m'avait touchée. Certes sur le coup, je n'avais pas compris sa peur de perdre ces cheveux. Désormais avec le temps, avec l'écriture, j'ai compris ce qui pouvait se jouer pour elle : perdre sa féminité.

Après mûre réflexion, je me suis questionnée sur la modification du schéma corporel lors de la mastectomie et du rôle de l'infirmière pour accompagner au mieux les patientes.

Par la suite, j'ai expliqué mes choix méthodologiques autour du guide d'entretien et comment s'étaient déroulés mes entretiens.

Dans ma partie théorique, j'ai choisi de développer la pathologie du cancer, ses traitements et ses législations. Ensuite, j'ai travaillé sur la modification du schéma corporel avec l'image corporelle et l'estime de soi. Pour finir, j'ai introduit le concept d'accompagnement notamment autour des soins de supports.

Dans cette partie théorique, j'ai introduit les analyses des différents entretiens effectués auprès de cinq infirmières.

Ainsi je pourrais développer un autre axe du sujet autour d'une nouvelle question de recherche.

I- De la situation d'appel à la question profane

1.1. La situation d'appel

Ma situation se déroule lors de mon dernier stage de deuxième année. C'est mon cinquième stage. Jusqu'ici, j'ai donc pu voir différents services ainsi que différentes spécialités et me découvrir en tant que soignante. Ce stage-ci, je suis affectée en service de consultation pédiatrique. Chaque jour, nous prenons en soins une trentaine de patients, de la naissance à la majorité (voir plus si besoin). Différents médecins consultent, toutes spécialités confondues, et les missions des puéricultrices se répètent au fil des jours : faire des prélèvements biologiques selon les prescriptions ou réaliser des électrocardiogrammes. En plus de ces missions, elles s'occupent de l'éducation thérapeutique des patients et de leur famille, notamment pour le diabète et les hormones de croissance.

L'instant passé avec les patients est bref : « Bonjour, comment puis-je vous aider ? Une prise de sang ? D'accord je prépare tout le matériel et je vous appelle. » Et c'est ainsi toute la journée. En tant que stagiaire, au début du stage, la relation de soin m'était insuffisante. C'est à peine si on connaît le nom du patient, son histoire, sa pathologie, ... Puis je m'y suis habituée.

Cependant, un jour je répète encore cette phrase « Bonjour, vous venez pour une prise de sang ? Je prépare tout le matériel et je vous appelle. » C'est une jeune fille de dix-huit ans qui se présente à moi. Alors je demande à la puéricultrice si je peux réaliser son bilan sanguin. Il est établi dans le service que je ne peux prélever que si le patient est adolescent. Elle accepte et me laisse préparer le matériel nécessaire. Une fois la tâche finie, je vais appeler la patiente dans le couloir.

Cette jeune femme s'appelle Marie¹. Elle est grande, brune aux cheveux longs. Je réussis à réaliser le prélèvement sanguin, je suis satisfaite de mon geste et je lui fais remarquer qu'elle est venue sans ses parents dans la salle de soin. Elle me dit qu'ils viennent d'apprendre une mauvaise nouvelle et qu'ils ont besoin de temps. Avec ma tutrice, nous lui demandons ce qu'il se passe. « On vient de m'annoncer un cancer. Ils ont trouvé des ganglions, un lymphome je crois. » Marie est un peu perdue par tous les propos tenus par le médecin et encore sous le choc. Moi ? Je ne m'attendais pas à une telle réponse et je culpabilise d'avoir posé la question, c'est-à-dire de connaître la raison pour laquelle ses parents n'avaient pas décidé de l'accompagner en salle de soin. J'ai l'impression d'avoir été curieuse, une curiosité mal placée. Je m'en veux d'avoir posé cette question. C'est un peu comme lorsqu'on demande à une personne comment elle va. C'est une forme de politesse mais lorsque cette personne nous répond « non », nous culpabilisons parce que c'est une réponse négative. Pendant que les tubes se remplissent, nous essayons de la faire se détendre et de l'aider à assimiler l'information. J'essaie de la questionner sur son parcours scolaire, de la faire rire, tout simplement de l'amener à penser à autre chose.

Pour autant, sur le moment, je suis étonnée du courage dont elle fait preuve pour verbaliser son cancer. « Je ne sais pas comment l'annoncer à mon copain. » « Je n'ai pas

¹ Le prénom a été modifié.

envie de perdre mes cheveux. » Elle partage ses peurs et je suis surprise de sa force et de son courage.

Après la prise de sang, il lui reste la radiographie à réaliser. Ma tutrice décide de l'accompagner pour lui montrer le chemin pendant que je termine de préparer les bons pour envoyer les prélèvements. En revenant, ma tutrice m'informe que les parents de Marie n'ont pas souhaité l'accompagner et qu'elle y est allée seule.

Marie doit continuer sa série d'examen avant de rentrer chez elle. Moi ? Je reste suspendue. Cette jeune femme m'a étonnée et j'aurai aimé suivre son combat. J'aurai aimé suivre son parcours, savoir si elle arrivera à vaincre le cancer. Ce sentiment de méconnaître les patients, de ne pouvoir les accompagner dans leur parcours de soins, ce sentiment qui me dérangeait déjà dans ce service, se refait sentir.

1.2. Le cheminement

Cette jeune femme a peur de perdre ses cheveux. Derrière ses peurs, j'ai l'impression qu'elle a peur de ne plus se sentir femme. Dans la société, la femme doit avoir de longs cheveux et un homme des cheveux courts. Les cheveux sont comme un emblème de la femme, synonyme de la féminité. De ce fait, perdre ses cheveux c'est aussi perdre une part de soi, une part de féminité. Derrière cette peur de perdre ses cheveux se cache probablement une peur plus profonde.²

La modification de l'image corporelle par les traitements met à mal l'estime de soi mais aussi de ce fait la notion de féminité. Son image corporelle est bouleversée. Ses propres représentations de la femme sont probablement modifiées. Elle doit faire face à ces modifications tout en gérant le combat contre la maladie. Or parfois le corps reflète la maladie alors que l'esprit ne se sent pas malade. Du coup, l'infirmière doit trouver des moyens pour accompagner la patiente à s'accepter, à accepter ce corps malade qui est dorénavant le sien.

Au-delà de l'alopecie, ce changement de l'image corporelle peut être transposé à la mastectomie. En effet, la femme doit gérer la perte du sein mais aussi tout ce que peut représenter le sein pour une femme. Tout comme les cheveux, la poitrine est un symbole de la féminité. Jamais assez gros, jamais assez petit, jamais assez parfait. La femme est souvent en conflit avec sa poitrine mais finit par l'accepter. De ce fait, perdre un sein c'est plus qu'enlever une zone du corps. C'est aussi retirer un élément qui nous définit en tant que femme, en tant qu'adulte à l'âge de procréer ou en tant que mère.

² <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/biologie-dessous-seduction-1097/page/3/> (consulté le 12 mai 2018)

1.3. Le questionnement

De cette situation est né un ensemble de questionnement :

- Comment la patiente va t'elle vivre la mastectomie ?
- Comment va t'elle accepter ce corps malade ? Mutilé ? Ses nouvelles cicatrices ?
- Arrivera t'elle à aimer ce corps ? A s'aimer soi-même avec ces imperfections ?
- Désormais, comment se définira la patiente ?
- Se définira t'elle toujours en tant que femme ? En tant que personne ayant eu un cancer ?
- Quelles options les soignants peuvent proposer à la patiente pour arriver à apprivoiser ce corps ?
- Comment l'accompagner dans ses peurs ? Dans cette modification de l'image corporelle ?
- Comment lui permettre de se sentir femme malgré tout ? Comment lui donner des clefs pour être à la reconquête de son corps ?

1.4. Du questionnement à la question profane

De cette situation, je me suis questionnée sur ma pratique professionnelle. J'ai pour projet professionnel de travailler en oncologie. En tant que future soignante, je me demande comment je peux accompagner les patients à gérer les modifications corporelles engendrées par le cancer ?

Cette question restant encore vaste, je me suis interrogée sur le cancer du sein qui met à mal la femme dans son image corporelle, notamment par la mastectomie. J'ai donc posé comme question profane :

Comment l'infirmière accompagne t'elle la modification de l'image corporelle d'une patiente mastectomisée ?

A partir de cette question profane, j'ai débuté la recherche sur les concepts présents dans cette question. En premier lieu, ma recherche a commencé avec le sujet du cancer. J'ai voulu poser les bases sur cette pathologie et les législations autour pour ainsi mieux définir mon sujet. Les différents plans cancer qui ont été légiférés ont introduits le concept d'accompagnement du patient et de sa famille. Ce concept fait partie des compétences que nous devons valider durant nos trois ans de formation. Que ce soit l'accompagnement du patient ou des stagiaires. Je me suis questionnée sur la spécificité de l'accompagnement en oncologie, notamment lors des étapes importantes comme lors de la reconstruction mammaire.

II- Choix méthodologique

2.1. Choix de l'écriture

Souhaitant une meilleure lisibilité au sein de mon écrit, j'ai mêlé recherche théorique et les résultats de mon étude empirique dans la même partie. Les éléments d'entretiens sont positionnés à la suite du concept lorsque l'idée est complémentaire.

2.2. Choix des services et des soignants

J'ai choisi d'orienter mes entretiens dans des services de chirurgie : l'un dans un institut spécialisé contre le cancer et l'autre au CHU. Cela me permettait ainsi d'observer les différentes pratiques et les différents moyens mis en place dans ses deux établissements.

J'ai appelé en premier lieu la cadre du service de chirurgie du CHU. Elle a de suite accepté ma proposition et m'a proposée un rendez-vous la semaine d'après, en fonction de la charge de travail du service. Après un échange par mail pour spécifier mon sujet de TFE, elle m'a renvoyé le nom des deux infirmières que je pourrais interroger : l'IDE n°4 et n°5.

Le lendemain, j'ai contacté la cadre de l'institut spécialisé. Elle me proposait un rendez-vous dans le service deux jours plus tard. Lorsque je me suis présentée dans le service, j'ai exposé mon sujet de TFE à la cadre. Lorsqu'elle me demanda le nombre d'infirmières que je voulais interroger, je lui répondis deux. Elle partit en service voir l'équipe. Lorsqu'elle est revenue, elle m'annonça qu'aujourd'hui je ferais un entretien, avec l'IDE n°1 puis le lendemain trois, avec l'IDE n°2 et n°3 puis une autre infirmière.

2.3. Construction du guide d'entretien et déroulement des entretiens

Lors de la construction du guide d'entretien, j'ai souhaité aborder dans chaque question mes différents concepts : l'estime de soi, l'accompagnement, les soins de supports. De plus, je n'avais jamais été confrontée à cette situation lors de mes stages. J'ai donc voulu questionner les infirmières sur ce que pouvaient ressentir les patientes.

J'ai effectué des entretiens semi-directifs. J'ai posé toutes mes questions initiales en me servant des questions de relances pour compléter leurs réponses.

J'ai débuté mes entretiens le 19 et 20 avril à l'institut spécialisé contre le cancer. Le 19, j'ai donc rencontré l'IDE n°1 et le 20, l'IDE n°2 et n°3.

Pour les trois entretiens, nous sommes allées avec l'infirmière dans la salle où se déroule les pansements. Nous avons été au calme et l'infirmière n'a pas été dérangée. L'IDE n°1 et n°3 ont répondu à mes questions sans réticences ni grande difficultés. L'IDE n°2 m'a annoncé à son arrivée qu'elle était réticente car chaque année, elle répondait à quatre ou cinq entretiens d'étudiants sur les mêmes sujets. Malgré tout, j'ai obtenu des réponses pertinentes à mes questions.

Une infirmière s'est désistée le moment venu. On m'a annoncée que c'était à cause de la charge de travail du service, je suppose qu'elle était aussi réticente à faire l'entretien.

La semaine d'après, le 25 avril, j'avais donc rendez-vous à l'hôpital. L'IDE n°4 était satisfaite de répondre à mon entretien et m'apportait des réponses détaillées aux questions. L'IDE n°5 a montré de l'enthousiasme lors de ma dernière question du guide, cela l'intéressait fortement. De même que lors des entretiens à l'institut, nous sommes allées avec l'infirmière dans la salle à pansement. Les différents bruits du service ne nous ont pas perturbé. Seul lors de mon entretien avec l'IDE n°4 nous avons été dérangé par un autre soignant.

Avec l'accord de chaque soignant, j'ai enregistré leur entretien tout en gardant leur anonymat. Mes entretiens ont duré en moyenne vingt minutes. Le minimum étant de sept minutes et le maximum de trente-cinq minutes.

Les infirmières interrogées ont une expérience professionnelle comprise entre quatre ans et trente ans. Concernant leur expérience dans ce service, cela va de un an jusqu'à vingt ans.

III- Cadre conceptuel

3.1. Le cancer

Le cancer est défini selon l'Organisation Mondiale de la Santé comme la « prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent envahir d'autres organes, formant ce qu'on appelle les métastases. » En 2017, il y a eu 214 000 nouveaux cas de cancers chez les hommes et 185 000 nouveaux cas chez les femmes. Ces nombres ne cessent d'augmenter chaque année.³

Le cancer du sein est le cancer le plus répandu dans la population féminine. En effet, chaque année, 54 062 cancers du sein sont diagnostiqués. Une femme sur neuf sera touchée par ce cancer. Cependant la mortalité par cancer du sein n'a pas augmenté depuis les années 80, grâce aux progrès de la médecine mais aussi par l'efficacité du dépistage initié avec les différents plans cancer.⁴

3.1.1. Les différents plans cancer

En 2003, le président de la République M. J. CHIRAC lance le premier plan cancer en France. En effet, à cette époque, un constat alarmant a été réalisé : les patients n'étaient pas accompagnés dans leur maladie et l'annonce du diagnostic était brutale. De ce fait, le président a voulu améliorer la prise en charge autour de la maladie.

De 2003 à 2007, le premier plan cancer a été lancé avec une thématique autour du dispositif d'annonce. Des objectifs ont été établis :

- Le dépistage des cancers
- La prévention
- Bénéficiaire de soins de meilleure qualité comme la collaboration avec le médecin traitant et un meilleur accès à l'information
- L'accompagnement du patient et de sa famille
- La formation des soignants
- La recherche médicale.⁵

De nouveaux projets ont vu le jour : la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), le plan personnalisé de soins (PPS), la consultation médicale d'annonce et les soins de supports. Ces avancées ont modifié l'accompagnement du patient avec sa maladie.

Des bénéfices sont apparus de ce premier plan cancer. De ce fait, M. N. SARKOZY, président de la République à cette époque, crée le second plan cancer de 2009 à 2013. Il pose comme objectif :

- Améliorer la recherche et les soins
- La prévention et le dépistage des cancers restent des objectifs majeurs.

³ <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers> (consulté le 09 février 2018)

⁴ <https://www.ligue-cancer.net/localisation/sein#4> (consulté le 09 février 2018)

⁵ <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007> (consulté le 10 décembre 2017)

Une nouvelle perspective est envisagée : vivre pendant et après le cancer. Le premier plan cancer était tourné majoritairement vers l'avant cancer : comment prendre en soins tôt le cancer, comment l'éviter. Pour la première fois, la question de l'accompagnement du patient pendant et après sa maladie est évoquée. La coordination dans le parcours de soins est renforcée notamment avec la prise en compte du médecin traitant. Le plan personnalisé de soins est ajusté selon l'âge du patient et permet ainsi de mieux cibler ses besoins.

Lors de ce plan, les infirmiers sont inclus notamment avec la création du poste d'infirmier de coordination en cancérologie. En effet, ce poste assure la continuité et la coordination des soins entre les différents acteurs.⁶ Le travail de l'infirmier est reconnu central dans la prise en soin du patient en oncologie. Il devient un pilier entre les différents intervenants.

En 2014, le président M. F. HOLLANDE continue sur la lancée en créant le troisième plan cancer 2014-2019. Ce plan est défini pour favoriser le diagnostic précoce et l'accès aux soins à tous. De plus, une nouvelle avancée est faite pour notre métier. En effet, lors de ce plan apparaît le métier d'infirmier clinicien en oncologie. Ce poste est envisagé pour assurer le suivi des patients. L'infirmier peut reconduire certaines prescriptions qui sont protocolisées. Il pourra adapter les soins de supports au patient mais aussi assurer la coordination du parcours de soins. L'éducation thérapeutique sera aussi un de ses rôles majeurs. Un master est nécessaire pour pouvoir postuler à ce travail.⁷

A travers ses différents plans cancer, des cancers majeurs ont été mis en avant pour essayer de diminuer leur occurrence, notamment celui du cancer du sein.

3.1.2. Le cancer du sein

Il existe deux types de cancer du sein :

- Le cancer non invasif ou in situ
- Le cancer du sein invasif ou infiltrant.

Le cancer du sein non invasif ne s'infiltrer pas dans les tissus voisins. En effet, les cellules cancéreuses restent dans leur zone. De ce fait, il ne peut y avoir de dissémination et donc de cancer généralisé. C'est le type de cancer le plus fréquent dans la société. Il se traite par une opération chirurgicale.

Le cancer du sein invasif ou bien infiltrant, à l'inverse, peut se disséminer. En effet, les cellules cancéreuses peuvent envahir les tissus environnant la tumeur. Si ces cellules ne sont pas tuées, elles peuvent se disséminer grâce aux vaisseaux sanguins ou lymphatiques et donc de ce fait, envahir les ganglions environnant, dont notamment les

⁶ <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013> (consulté le 10 décembre 2017)

⁷ <https://espacecancer.sante-ra.fr/Ressources/Documents%203C/Haute-Savoie-Nord/LÉS-PLANS-CANCER.pdf> (consulté le 21 février 2018)

ganglions axillaires. Par la suite, il peut y avoir la création de métastases. Différents traitements existent pour ce type de cancer ; chaque traitement est individu-dépendant.⁸

Cependant pour pouvoir traiter le cancer, il faut déjà savoir reconnaître les signes pour se faire diagnostiquer.

3.1.2.1. Les symptômes du cancer du sein

Plusieurs symptômes sont caractéristiques du cancer du sein. Il est important qu'une femme signale à son médecin traitant si elle découvre une irrégularité sur sa poitrine. Parmi les symptômes, nous avons :

- La modification de la dimension ou bien de la forme du sein
- La présence d'une grosseur ou d'une boule dans le sein
- L'existence d'un ganglion dur au niveau de l'aisselle
- Un écoulement suspect par le mamelon, surtout si c'est un écoulement hémorragique
- La modification de la pigmentation ou de la texture de la peau du sein ou bien de l'aréole
- La rétraction irréversible du mamelon récemment.⁹

De ce fait, grâce à la sensibilisation de la population au dépistage du cancer, cela permet un diagnostic précoce et ainsi la prise en charge thérapeutique est adaptée.

3.1.2.2. Les traitements

Plusieurs traitements existent pour traiter le cancer du sein. La prise en soin à adopter est définie par l'équipe médicale lors de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). En effet, lors de cette dernière, le programme personnalisé de soins (PPS) est défini dans la pluridisciplinarité de l'équipe.

Il existe quatre grands axes de traitements : la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie et la chirurgie.

La chirurgie permet d'enlever dans sa totalité la tumeur, selon sa localisation. Ensuite, un prélèvement est envoyé à un laboratoire pour être analysé et ainsi déterminer l'agressivité du cancer, la taille, ... et ainsi personnaliser le choix du traitement. Le type de chirurgie sélectionnée dépend notamment de la taille et de la localisation de la tumeur :

- La tumorectomie : c'est l'ablation de la tumeur.
- La mastectomie partielle : c'est l'ablation de la tumeur ainsi qu'une partie des tissus avoisinants et du revêtement des muscles pectoraux.
- La mastectomie radicale modifiée : c'est l'ablation du sein, du mamelon, du revêtement du muscle du thorax mais on préserve les nerfs et les muscles. Certains ganglions axillaires peuvent être retirés pour une future analyse et ainsi déterminer le degré d'extension de la tumeur.¹⁰

⁸ <https://espacecancer.sante-ra.fr/Ressources/Documents%203C/Haute-Savoie-Nord/LES-PLANS-CANCER.pdf> (consulté le 21 février 2018)

⁹ Ibidem

¹⁰ <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Chirurgie-tumorectomie-et-mastectomie/Mastectomie> (consulté le 10 décembre 2017)

Il existe différentes situations pour une mastectomie :

- Soit la tumeur est trop volumineuse par rapport à la taille du sein et il est impossible d'y associer une chimiothérapie ou une hormonothérapie
- Soit la forme de la tumeur ou l'endroit rend impossible une chirurgie conservatrice car il resterait très peu de tissu mammaire ou de sein déformé
- Soit il existe plusieurs tumeurs dans le même sein.

Le chirurgien prendra sa décision selon le cas clinique de la patiente.

La radiothérapie est souvent associée à la chirurgie. En effet, elle permet de réduire la taille de la tumeur pour faciliter la chirurgie ou bien pour détruire de potentielles cellules cancéreuses post-chirurgie.

L'hormonothérapie peut être débutée si l'analyse de la tumeur met en évidence des récepteurs hormonaux. Si ces derniers sont détectés, cela signifie que la tumeur peut évoluer sous l'influence des hormones sexuelles féminines.

Lors des chimiothérapies, l'équipe soignante administre à la patiente une ou plusieurs substances qui vont détruire les cellules cancéreuses.¹¹ Plusieurs effets secondaires de ces produits existent. Le plus perturbant pour les individus est l'alopecie. En effet, l'alopecie, tout comme la mastectomie, porte atteinte à l'intégrité corporelle de la patiente et ainsi à son estime de soi.

De ce fait, pour comprendre l'impact de la perte du sein sur le schéma corporel, je me suis documentée sur la représentation du sein dans la société.

3.1.3. La représentation du sein dans notre société

Dans notre société, le sein a différentes connotations et l'image a évolué au cours du temps. A la base, le mot sein vient de « sinus » qui signifie le pli, la courbe. Au fil des années, ce mot a pris une toute autre définition. C'est à partir du XVIII^e siècle que le terme sein apparaît désormais avec la signification que nous lui connaissons. En effet, le mot « mamelle » était jugé trop bestial par la population.¹²

Le sein est le symbole de la féminité dans notre société. Cet organe renvoie à la fertilité et à l'allaitement donc à sa fonction biologique première. Cette partie du corps fait écho le plus souvent à la maternité, à la source de nourriture pour l'enfant.¹³

Au cours des années, le sein a pris aussi une connotation d'objet de désir. Il est devenu un attribut érotique, sensuel, sexuel, attirant le regard. Les femmes en jouent pour séduire, pour montrer leur statut de femme. Les seins peuvent se dénuder pour attirer le regard mais aussi pour séduire autrui.

Par exemple, à partir du XVI^e siècle, le port du corset est obligatoire pour la femme. Il sert notamment à accentuer la taille fine mais aussi pour remonter la poitrine. Il devient un atout majeur pour mettre en avant les attributs féminins.

¹¹ <https://www.ligue-cancer.net/localisation/sein#7> (consulté le 09 février 2018)

¹² <http://www.filsantejeunes.com/les-seins-dans-lhistoire-6611> (consulté le 07 février 2018)

¹³ Ibidem

Mais à l'inverse, c'est encore une partie du corps tabou dans la société. En effet, les seins se dénudent mais juste de quoi laisser deviner cette partie du corps, faire fonctionner l'imagination d'une autre personne.¹⁴ De plus, une femme peut se faire réprimander lorsqu'elle allaite son enfant en public.

La perte du sein porte donc à l'atteinte de l'image de soi. Car la femme peut définir son genre par la présence d'attribut connoté féminin comme la poitrine. Mais qu'est-ce donc la féminité ?

3.1.4. La féminité

Selon le dictionnaire Larousse, la féminité est définie comme « l'ensemble des caractères anatomiques et physiologiques propre à la femme. » Cependant une autre définition axe sur un point différent. En effet, ce même dictionnaire définit ensuite la féminité comme « l'ensemble des traits psychologiques considérés comme féminin. »

Si nous prenons la première définition, le sein est inclut dans les caractères anatomiques propre à la femme. En effet, le sein fait partie des organes sexuels dits secondaires. Depuis des décennies, le sein est synonyme de la femme.

Nous pouvons donc constater que la féminité ne se limite pas à la question du genre, cela regroupe les caractères sexuels propres au genre mais aussi au niveau psychologique. Certaines femmes se trouveront féminine à travers une longue chevelure, une poitrine mise en valeur ou bien en portant du rouge à lèvres. Tandis que pour d'autres femmes, cela correspondra à un état d'esprit. Mais aussi certains hommes trouveront une part de féminité dans certains gestes. En effet, selon Christine ORBAN, une écrivaine, « la féminité, c'est un comportement, un regard, une sensibilité. »

Lors des différents entretiens, je me suis questionnée sur les mots que ne verbalisaient pas les patientes. La question de la mutilation de la féminité et de la sexualité est apparue pour l'IDE n°4. Pour l'IDE n°1, « la poitrine, c'est la femme, c'est la féminité. » En effet, pour elle, ces femmes avaient peur de communiquer sur le volume des prothèses, sur comment cela va se passer. L'IDE n°3 et n°5 complètent cet entretien en rajoutant la notion de vie intime, que je n'ai jusqu'ici pas abordé. Selon elles, la femme appréhende l'image que pourra avoir son conjoint d'elle, sur la modification de la vie intime ou vie de couple.

Cependant l'IDE n°3 a été la seule à me parler de l'enjeu de la grossesse pour ces femmes.

Les réponses obtenues sont convergentes avec les recherches réalisées. Seule la réponse de la grossesse, apparue qu'une seule fois, m'a étonnée. Le sein est aussi lié à la notion d'allaitement. Pourtant cela a été peu évoqué par les soignants. Est-ce dû à l'âge des patientes ? Ou ce n'est pas la préoccupation première mais plus loin dans la prise en soins ?

Le cancer du sein, part ses traitements et les chirurgies, détruit le schéma corporel de la femme. De ce fait, nous allons découvrir l'image corporelle pour pouvoir au mieux accompagner les patientes.

¹⁴ <http://www.filsantejeunes.com/les-seins-dans-lhistoire-6611> (consulté le 07 février 2018)

3.2. La modification du schéma corporel

3.2.1. L'image corporelle

Selon Paul SCHILDER, un psychiatre et psychanalyste autrichien, l'image corporelle est « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même. »¹⁵ De ce fait, nous choisissons l'image corporelle que nous souhaitons avoir, que nous voulons renvoyer.

La perturbation de l'image corporelle est définie comme « la confusion dans la représentation du moi physique. »¹⁶ Cette définition rejoint celle de Paul SCHILDER sur l'image corporelle car si nous définissons nous-même notre image, dès que celle-ci s'éloigne de notre représentation, elle serait donc dégradée. De ce fait, c'est notre représentation personnelle qui définit l'image corporelle. Elle sera personnalisée, modifiée pour chaque individu. Mais aussi influencée par notre entourage, la société et les médias sociaux.

Selon Michel REICH, onco-psychiatre, il existe trois étapes lors de l'atteinte du corps en cancérologie :

- L'annonce de la maladie avec probablement une mutilation
- La destruction ou l'ablation de l'organe en question
- La réintégration, la reconstruction de l'organe, de ce fait un nouveau travail sur l'acceptation d'une prothèse.¹⁷

A travers ces étapes, la patiente doit faire face à la fois à sa maladie mais aussi au deuil de ce que pouvait être son corps. Un sentiment d'abandon, de trahison peut envahir la patiente. Elle doit faire le deuil de cette représentation qu'elle s'était forgée.

Lors des entretiens, il est ressorti que lors de l'annonce, les femmes étaient en état de choc émotionnel, de sidération. L'annonce du cancer, en tant que cancer, était déjà un choc en soit. Puis l'importance du sein rentre en jeu avec la modification de l'image corporelle. Pour l'IDE n°3, la question de la cicatrice, l'esthétisme de la cicatrice importe à ces femmes. « A quoi va ressembler la cicatrice ? Va t'elle être jolie ? Esthétique ? » Puis vient le moment du premier pansement au deuxième jour et là se pose une nouvelle question : « Est-ce que je me regarde ou je tourne la tête ? » Les infirmières interrogées étaient toutes d'accord sur le fait d'aller au rythme de la patiente, ne pas la brusquer. Elles suivent la temporalité de la patiente et son processus de deuil.

Lors de ce premier pansement, les femmes se rendent compte de l'ablation qu'elles ont subi. C'est un changement de corps. Pour l'IDE n°4, la question de la réappropriation du corps est importante car selon elle, ce corps n'est désormais plus celui des patientes « C'est leur poitrine mais plus vraiment leur poitrine. » m'exprime t'elle.

De ce fait, dans ma pratique professionnelle future, il faudra garder à l'esprit l'enjeu de la réfection du pansement. Ce n'est pas un soin qu'on fait en cinq minutes. Il

¹⁵ REICH M. « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique » - *L'information psychiatrique* – 2009

¹⁶ ALLOUIS (M.L) « Soigner son image pour mieux vivre son cancer » - Edition Apima – 2005 - p.23

¹⁷ REICH M. « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique » - *L'information psychiatrique* – 2009

faudra le planifier avec la patiente pour pouvoir prendre le temps et montrer à la patiente qu'elle a un rôle majeur dans le soin. C'est un soin technique certes mais la notion de relationnelle est très importante et pourra influencer la patiente.

Dans son livre « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique », Michel REICH évoque l'existence de plusieurs corps :

- Le corps réel : un corps fragilisé, meurtri, délabré. C'est le corps dont l'individu est tributaire.
- Le corps de besoin : il devient dépendant des soins administrés par les différents soignants. C'est un corps en perte d'autonomie.
- Le corps identitaire : c'est l'image que le corps renvoie au monde, ce corps dépendant, amoindrie dont les repères identificatoires s'effondrent.
- Le corps imaginaire : celui qu'on a toujours rêvé d'avoir, ce corps fantasmé. Ce dernier devient désormais l'image d'un corps triomphant mis à mal par la maladie.
- Le corps de douleur : le corps physique mais aussi psychique. Ces deux corps deviennent anxiété, peur, en deuil, regrettant une image perdue.

Deux psychologues spécialisés en psychologie sociale ont mis en relation le facteur d'âge dans la perturbation de l'image corporelle. En effet, DANY L. et APOSTOLIDIS T.¹⁸ ont mis en avant que l'âge joue un rôle important. Selon eux, les patientes plus jeunes ont un niveau de perturbation de l'image corporelle augmenté car elles seraient davantage influencées par les standards corporels qu'on peut retrouver dans les magazines ou sur les médias sociaux.

Les réponses à la question de l'importance de l'âge des patientes ont été divergentes. Pour l'IDE n°2, cela a plus d'importance pour nous. L'IDE n°3 et n°4 se rejoignent selon le fait que cela dépend principalement de la personnalité de la patiente, de son vécu, de son entourage. Même si l'IDE n°3 précise que malgré tout les jeunes patientes (30-40 ans) font plus attention car elles ont encore une vie sociale pleine : elles vont à la plage, portent des maillots, des décolletés. La poitrine structure leur corps. L'IDE n°1 et n°5 rejoignent son avis. Selon elles, les jeunes femmes acceptent moins la mastectomie par rapport justement à cette relation avec leur poitrine, le fait d'avoir une vie sociale, une vie familiale. A l'inverse, pour les personnes âgées, cela aurait moins d'importance car leur vie de femme séductrice est derrière elles. Cependant l'IDE n°1 précise une nuance dans sa réponse : cela aurait moins d'impact sur ce type de population ou alors un autre type d'impact plutôt.

Ces réponses restent convergentes avec mes recherches mais il ne faut pas oublier la notion que cela peut aussi dépendre de la personnalité de chacun. Il faut prendre cela en compte notamment lors des soins importants comme le premier pansement ou lors d'explication.

Si notre propre corps se rapproche de la représentation que nous avons du « corps imaginaire », alors l'individu aura une estime de soi augmentée. En effet, elle aimera ce corps et l'acceptera. De ce fait, l'estime de soi et la modification de l'image corporelle sont étroitement liées.

¹⁸ APOSTOLIDIS T. et DANY L. « Image corporelle et cancer : une analyse psychosociale » - Article dans Psycho Oncologie – 2009

3.2.2. L'estime de soi

L'estime de soi est modifiée car l'image du corps est atteinte. En effet, ce corps qui est le sien, devient désormais inconnu. Elle doit faire le deuil de son corps passé pour pouvoir redécouvrir son corps présent et ainsi réapprivoiser son image corporelle.

En effet, la diminution de l'estime de soi est définie par Virginia HENDERSON comme « la perception négative que l'individu éprouve face à son apparence physique, lors de la perte d'un organe ou d'une fonction ou lors d'une atteinte à l'intégrité du moi. »

Lors de la mastectomie, une partie du corps est enlevée ! Pour l'individu, c'est une atteinte à sa propre féminité. Durant l'adolescence, lors de la puberté, une relation d'amour-haine se crée avec cette partie du corps qui apparaît sans notre avis. La femme passe des années à l'accepter, à l'apprivoiser. Puis d'un coup, cette partie qui est sienne, qui la définit désormais comme une femme et non plus une adolescente, lui est enlevée. Certes la patiente perd un sein. Mais au-delà de cela, elle perd sa féminité ! Elle perd une partie d'elle-même. Mais par dessus tout, elle perd une partie de son corps qui renvoie à la procréation. Comment avoir un enfant si on n'a plus de sein ? De nouvelles questions se posent en elle et c'est le retour d'un combat qu'elle a déjà vécu : arriver à apprivoiser sa poitrine.

Chaque fois que la patiente baissera le regard, elle se retrouvera constamment confrontée à cette partie du corps manquante, vide. Cette partie du corps qui lui rappellera ce par quoi elle est passée : la maladie, le combat, les traitements, les effets secondaires. A travers ce travail, je cherche à accompagner la patiente dans sa recherche d'elle-même pour combler ce vide qui vient d'apparaître. De ce fait, je me penche sur la définition de l'accompagnement, notamment dans les soins infirmiers.

3.3. L'accompagnement

Selon le dictionnaire Larousse, l'accompagnement est « l'action d'accompagner quelqu'un dans ses déplacements » ou alors « ce qui accompagne quelque chose ». La définition littéraire est difficilement transférable au domaine infirmier en ce sens, l'infirmier ne ferait qu'accompagner le patient dans un mouvement. Cependant, aucune précision n'est donnée sur les limites de l'accompagnement.

Selon P. VERSPIEREN, enseignant en philosophie morale, « accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas. »¹⁹

Dans cette définition, il est pris en compte l'acte individualisé mais aussi le libre arbitre du patient. C'est le patient qui choisit sa vitesse, où il va et l'infirmier le suit. Il est secondaire à l'action. En effet, l'accompagnement doit être un acte personnalisé au vécu et au ressenti du patient mais aussi personnaliser la durée de l'accompagnement. En effet, chaque patient avance à son rythme, a besoin de plus ou moins de temps pour assimiler le processus. Chaque patient n'aura pas besoin du même type d'accompagnement, des mêmes actions ou des mêmes objectifs. Il faut prendre en compte la personne dans sa globalité et dans son individualité.

Pour une patiente mastectomisée, l'accompagnement doit être personnalisé à chaque étape de la prise en soin. En effet, il sera modifié selon si la patiente vient d'être diagnostiquée ou bien si elle vient de subir la chimiothérapie ou la chirurgie. L'équipe soignante ne pourra fournir le même type d'accompagnement car les besoins à combler ne seront pas les mêmes.

Cependant l'accompagnement ne doit pas se limiter à la patiente. En effet, on accompagne la patiente mais on n'oublie pas sa famille, son entourage. L'accompagnement doit être encore plus précis lors d'étapes clefs comme l'annonce du diagnostic, lors de la mastectomie ou bien de la reconstruction mammaire. Ce concept clef est introduit et évolue dans chacun des plans cancers initiés à ce jour. Lors du premier plan cancer, seul le patient était inclus. Les bienfaits de l'accompagnement des familles et des proches étaient encore méconnus. Cependant des ajustements ont été réalisés au cours des années et lors de la création du deuxième plan cancer, on va au-delà du patient. On prend désormais en soins le patient dans sa dimension physique et psychique mais aussi sociale, ce qui englobe ses proches qui seront affectés par cette pathologie aussi.

Lors de mes entretiens, j'ai demandé à chacune des infirmières ce qu'était selon elle l'accompagnement. L'IDE n°2 m'a parlée d'écoute, de conseils, de suivre la temporalité des patientes. Elle n'hésite pas à s'appuyer de l'aide de la psychologue ou des associations présentes au sein de l'établissement.

L'IDE n°3 a plutôt évoqué le versant douleur : accompagner la douleur, éduquer à la prise des antalgiques, essayer que les patientes acceptent ce nouveau corps.

¹⁹ VERSPIEREN P. « Face à celui qui meurs », Edition temps et contretemps, Paris, 1984

L'IDE n°4 a aussi évoqué le soutien psychologique mais elle a ajouté une notion importante selon moi : la patiente fait partie intégrante du soin. C'est elle qui choisit, nous allons à son rythme à elle.

L'IDE n°5 rejoint tout ce qui a déjà été cité et rajoute la notion d'empathie, notamment lors du premier pansement.

Ensuite, je leur ai demandé quels étaient les objectifs selon elle. L'IDE n°1 m'a expliquée que c'était pour éviter de les brusquer. Il faut être à leur écoute.

L'IDE n°2 est partie plutôt sur un objectif d'acceptation et de reconstruction lié à cette nouvelle image corporelle.

Pour l'IDE n°3, c'est partir satisfait avec toutes les aides en mains (les numéros de téléphone, les réponses aux questions). C'est repartir accompagné pour pouvoir au mieux cicatriser.

L'IDE n°4 explique le déroulement de l'hospitalisation pour que la patiente n'ait pas de surprises, pour qu'elle soit confiance et sereine. Cela peut aussi passer par les numéros de téléphone mis à disposition ou simplement que le personnel soignant soit présent.

La réponse de l'IDE n°5 était originale mais très importante selon moi. Avant un retour à domicile, elle essaie de faire un semblant de poitrine à la patiente pour qu'elle n'ait pas peur du regard des autres dans la rue. Elle s'aide de serviettes hygiéniques, de chaussettes, ... Selon elle, c'est déjà un premier petit pas pour accepter ce nouveau corps. Cependant elle a aussi soulevé une temporalité importante : la chirurgie a eu lieu, les patientes n'ont plus de seins, parfois la maladie n'est plus là mais il peut encore rester des traitements à réaliser comme la chimiothérapie, après la sortie de cette hospitalisation.

Lors du premier plan cancer est introduit la notion de « soins de support ». Ces soins sont créés pour soulager le patient des effets indésirables mais aussi améliorer sa qualité de vie. Grâce aux soins de support, la perturbation de l'image corporelle de la patiente mastectomisée peut être améliorée.

3.3.1. Les soins de supports

Les soins de supports sont l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie.²⁰ Cela peut recouvrir différents domaines : la douleur, la fatigue, les troubles digestifs, ... Au-delà des signes cliniques, cela peut aider d'autres thématiques comme la perturbation de l'image corporelle ou la souffrance psychique.

Ces soins sont introduits dès l'annonce du cancer et ce jusqu'au décès. Les soins de supports s'adaptent à chaque étape de la prise en charge : de l'annonce de la maladie, à l'hospitalisation pour débiter un traitement ou bien lors de la prise en soin palliative. Ils ont différents objectifs comme diminuer les effets secondaires qui peuvent être lourds et ainsi améliorer la qualité de vie des patients.

²⁰ <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support/Definition> (consulté le 07 février 2018)

Dans le cas du cancer du sein, les soins de supports peuvent permettre une reconstruction de la personne en réinvestissant sa part de féminité. Ces soins, prescrit par le médecin, peuvent aborder plusieurs thématiques. Par exemple, les massages corporels vont aider à se réapproprier la zone du sein avec ses nouvelles cicatrices. A travers le toucher massage, la femme se réconcilie avec son corps. Pour une fois, elle aura un toucher qui ne sera pas de nature médicale pour une surveillance de l'avancée du cancer. Ce sera un toucher en lien avec la patiente pour l'aider peut-être à ce qu'elle puisse réapproprier cette zone devenue étrangère ou qu'elle s'interdisait.

Dans un autre aspect, la socio-esthéticienne peut aider la patiente nouvellement mastectomisée. A travers la perte du sein, les patientes ne se sentent plus toujours comme une femme à part entière. Une question essentielle apparaît « qui suis-je ? ». Grâce à ce soin, la patiente va apprendre à se maquiller et à ainsi trouver une nouvelle source de féminité avec un visage plus lumineux ou plus coloré. Elle apprend des techniques pour détourner le regard d'autrui : au lieu de regarder l'absence de sein, son regard sera accroché par des yeux maquillés ou un teint de poupée.

Ce soin est notamment proposé au sein de l'institut spécialisé et connu par les différentes infirmières et elles le proposent aux patientes.

L'infirmière peut apporter des conseils à la patiente. Par exemple, elle peut essayer de discerner si la patiente sera compliant dans ses soins, si c'est ce dont elle a envie ou besoin. De plus, l'infirmière peut elle aussi lui proposer des soins à type de toucher massage ou bien de la balnéothérapie. Les bienfaits de la balnéothérapie sont notamment prouvés en psychiatrie pour se réapproprier son corps. Plus simplement, l'infirmière peut lui donner des conseils de la vie quotidienne comme mettre des tissus ou du coton dans ses soutiens-gorge.

Lors de mes entretiens, toutes les infirmières ont été capable de citer plusieurs soins de support : le psychologue, le kinésithérapeute, les associations, l'assistante sociale, ... Elles ne savent pas toujours le définir mais comprennent que c'est pour le bien-être des patientes. Selon l'IDE n°3, c'est « pour accompagner au mieux les patientes par rapport à sa pathologie, sa maladie. »

Il s'est ensuite posé la question des bienfaits des soins de support. Pour l'IDE n°1, c'est pour vivre au mieux l'hospitalisation. Sa collègue, l'IDE n°2, ajoute que c'est pour la continuité des soins et le bien-être de la patiente. Les IDE n°4 et n°5 sont du même avis : c'est pour accompagner, soulager la patiente, pour lui faciliter la vie. L'IDE n°5 ajoute que c'est aussi pour l'acceptation de ce nouveau corps.

Des bénéfices sont perçus par l'apport de ses soins de supports. Selon l'IDE n°1, les jeunes femmes sont plus confiantes, moins douloureuses psychologiquement et physiquement. L'IDE n°2 rajoute qu'il y a moins de stress. La patiente se sent importante. Selon l'IDE n°3, cela permet que la patiente se sente entourée.

Les soins de supports proposés sont plus riches à l'institut. Pourtant à l'hôpital, les infirmières ont le même avis que les infirmières travaillant à l'institut contre le cancer sur les objectifs attendus. Elles connaissent ce terme et utilisent à bon escient ces soins. Cependant elles regrettent de ne pas avoir d'esthéticienne ou de socio-esthéticienne pour aider ces jeunes femmes dans certaines problématiques.

Cependant l'accompagnement et les soins de support prennent un autre sens lorsque la patiente demande une chirurgie reconstructrice du sein.

3.3.2. La reconstruction mammaire

Il existe différentes motivations pour que la patiente choisisse l'étape de la reconstruction mammaire, par exemple le désir de combler la perte du sein ou le souhait d'éviter de porter une prothèse mammaire.²¹

Deux méthodes sont disponibles : soit la reconstruction immédiate soit la reconstruction différée. La reconstruction immédiate se réalise directement lors de la mastectomie. A l'inverse si la reconstruction est réalisée à posteriori des traitements au cours d'une nouvelle intervention, on parle de reconstruction différée.

Dans la majorité des cas, la patiente peut choisir son type d'opération. Cependant il existe une exception : si un traitement complémentaire comme la radiothérapie est demandée après la chirurgie ou si le volume de la tumeur est trop important, la personne devra forcément avoir une reconstruction différée.

Il existe deux méthodes pour la reconstruction mammaire : soit par lambeau, soit par prothèse interne.²²

Plusieurs critères dépendent du type de méthodes de reconstruction :

- L'étendue de la chirurgie du cancer et de la quantité de tissu retirée
- S'il existe des traitements complémentaires. Par exemple, la radiothérapie modifie l'aspect de la peau
- De la quantité de tissu disponible pour la reconstruction
- De la santé du tissu de la zone à reconstruire
- De la taille ainsi que la forme de l'autre sein
- De la constitution corporelle de la patiente.

3.3.2.1. Les étapes de la reconstruction

Ce procédé se déroule entre deux interventions espacées chacune de trois à six mois. La première intervention permet de reconstruire le volume du sein. La seconde harmonise l'aspect esthétique des deux seins. La dernière recrée la zone de l'aréole et du mamelon. Elle peut être combinée à la deuxième opération.²³

3.3.2.2. L'accompagnement lors de la reconstruction mammaire

Quelques notions importantes sont à revoir avec les patientes avant le départ au bloc opératoire. En effet, il est important de préciser que la reconstruction mammaire ne veut pas dire que la femme retrouvera le sein qu'elle a perdu. Dans son livre « La femme et le cancer du sein », le docteur Jacques SAGLIER met en évidence un point

²¹ <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Reconstruction-mammaire> (consulté le 17 décembre 2017)

²² Ibidem

²³ Ibidem

important : « une femme rentre au bloc avec deux vrais seins mais en ressortira avec un vrai sein et un faux. » La patiente ne pourra qu'être déçue de cette opération si elle s'attend à récupérer tout ce qu'elle a perdu au cours du combat avec le cancer. Ce sein qui sera désormais sien ne sera pas un sein réaliste dans toutes les coutures. Certaines notions rentrent en compte comme la création d'un volume, la restauration de la symétrie ou bien de refaire une aréole et un mamelon. Même avec cette chirurgie, la pigmentation par tatouage de l'aréole peut s'estomper au cours du temps.

La patiente doit donc faire un deuil de sa poitrine avant la maladie mais aussi qu'elle ne pourra pas récupérer cette part d'elle-même telle qu'elle. C'est notre rôle en tant qu'infirmier, d'accompagner ces patientes au travers de chaque étape mais aussi de les préparer au combat qu'elles vont devoir mener. Les groupes de parole ou les associations sont fortement recommandés dans ces cas là car les patientes peuvent communiquer sur leurs peurs et leurs angoisses avec des personnes qui ont pu vivre la même chose mais qui sont peut-être à d'autres étapes de la maladie. Un sentiment de compréhension peut se faire ressentir et ainsi réassurer la patiente dans son combat.

La reconstruction mammaire n'est pas toujours envisageable ou alors refusée par les patientes. Cependant il existe d'autres alternatives comme le tatouage du sein.

3.3.3. Le tatouage du sein

En France, au-delà de la reconstruction, un nouvel art fait sa place dans l'univers de la mastectomie : le tatouage du sein. En effet, cette technique déjà développée aux Etats-Unis, a fait son apparition en France avec une tatoueuse, Alexia CASSAR. Cette jeune femme de 40 ans, est une ancienne chercheuse pharmaceutique dans le domaine de l'oncologie. En 2013, elle vient d'accoucher de sa petite dernière. Quelques mois plus tard, un diagnostic tombe : sa fille est trisomique et atteinte d'un lymphome myéloblastique. Sa vie bascule et elle veut désormais changer de métier. Durant cette période de sa vie, Alexia CASSAR tombe sur une vidéo d'une américaine qui tatoue des seins meurtris du cancer. Une révélation lui apparaît. Elle souhaite désormais faire cela de sa vie.

Après une formation de plusieurs mois auprès de cette américaine, elle ouvre son premier salon en 2017. A travers une aiguille et de l'encre, elle essaie de recréer une aréole et un téton pour ces femmes qui ont perdu notion de féminité. Selon les souhaits des clientes, elle peut aller au-delà et tatouer un dessin pour combler un vide laissé par la chirurgie. Cela peut être vécu comme une dernière étape pour recouvrir les cicatrices, pour se réapproprier leur corps ou alors une manière de clore définitivement ce chapitre de leur vie. D'après la tatoueuse, c'est « une dernière étape du retour à la féminité »²⁴.

Il faut un intervalle de un an entre l'opération et le tatouage. Un premier rendez-vous est réalisé. Cela permet d'échanger les premières impressions et envies entre la tatoueuse et la cliente. Cette dernière devra apporter ou envoyer une photographie de son sein reconstruit. Ce premier échange peut se réaliser par mail ou par appel téléphonique.

²⁴ https://www.sciencesetavenir.fr/sante/alexia-cassar-la-tatoueuse-qui-repare-les-seins-des-femmes_118814 (consulté le 30 janvier 2018)

Un deuxième rendez-vous sera fixé pour réaliser le tatouage. Cela dure environ trente minutes. Une révision trois mois plus tard est effectuée pour les éventuelles retouches.

En tout, ce travail peut coûter 400 euros pour un sein ou 600 pour les deux seins. Un dédommagement de la Sécurité Sociale est établi à hauteur de 125 euros.²⁵

Entre ces différents rendez-vous, Mme CASSAR voit souvent déjà des changements : les femmes sont plus maquillées, prennent plus soin d'elles, changent de coiffure. Tout simplement, selon elle, elles se sentent mieux dans leur corps.

Lors de mes entretiens, j'ai pu être surprise des réponses obtenues. Toutes les infirmières connaissent le tatouage de l'aréole et du mamelon, même si elles ne peuvent pas en parler avec beaucoup de connaissances de la pratique. Celui-ci est même pratiqué à l'institut. L'IDE n°3 précise que le tatouage est « assez joli, si tu ne le sais pas, tu ne le vois pas. » Cela reste donc une prouesse esthétique qui peut aider la femme à valoriser son estime de soi.

Par contre, le tatouage du sein, comme le réalise Alexia CASSAR, n'était pas connue à l'institut. Cependant j'ai été surprise lorsque les deux infirmières de l'hôpital ont admis le connaître. Pour elles, c'était une grande avancée dans le monde de la mastectomie. Cela peut aider les femmes à accepter leur corps. Cependant cela n'était pas fortement développé. L'IDE n°4 et n°5 le recommanderaient à leur patiente sans hésitation, si cela peut avoir des bénéfices pour l'acceptation de leur nouvelle poitrine.

Le tatouage du sein est un travail différent de celui établi dans le domaine hospitalier. Néanmoins la différence pour la patiente est importante ! Cela peut conclure le combat contre le cancer et permettre de s'accepter à nouveau.

En tant que future soignante, cela peut être une méthode à discuter avec les patientes. Chaque femme a un rapport différent à sa poitrine et ce qu'elle associe derrière : une part de soi ? de féminité ? une partie d'elle détestée ? Combler cette partie du corps désormais vide par un tatouage peut être une solution. Certes cela a un coût financier. Mais cela peut aussi être un bon investissement selon les besoins de chaque patiente.

Notre rôle en tant qu'infirmier sera de les informer sur la démarche à suivre mais aussi de les accompagner lors des différents rendez-vous.

²⁵ https://www.sciencesetavenir.fr/sante/alexia-cassar-la-tatoueuse-qui-repare-les-seins-des-femmes_118814 (consulté le 30 janvier 2018)

IV- Limites de l'exploration empirique

N'ayant jamais pris en soins en stage une patiente mastectomisée, je voulais poser des questions pour rendre plus réaliste mon TFE. Cependant, je n'avais pas pensé qu'aucune des infirmières n'aurait vécu une consultation d'annonce du diagnostic. De ce fait, cette question m'a peu apportée puisque les réponses restaient des suppositions.

De plus, une question sur la représentation du sein selon les soignants m'aurait à l'inverse, peut-être apporté plus de réflexions et plus de matières à traiter ce sujet.

Lors du début des entretiens, on me demandait mon sujet de mémoire. Je répondais : « les patientes mastectomisées, par rapport à leur image corporelle. » Ai-je influencé certaines réponses ? Je pense oui. Inconsciemment de savoir que je parlais d'image corporelle, j'avais l'impression que les infirmières interrogées revenaient toujours sur ce sujet là. Est-ce parce qu'il a une grande importance ? Ou est-ce parce que j'avais influencé leur dire ?

De plus, je n'ai réalisé que cinq entretiens. De ce fait, cela ne représente que peu de soignants. Si j'avais pu interroger plus de soignants, peut-être que certaines de mes recherches conceptuelles auraient pu être divergentes.

V- Emergence de la problématique

La confrontation et l'analyse entre les recherches théoriques et les différents entretiens infirmiers réalisés m'ont conduite à élaborer une hypothèse qui pourrait être le nouveau point de départ d'un travail de recherche.

Ma question profane était : Comment l'infirmière accompagne t'elle la modification de l'image corporelle d'une patiente mastectomisée ?

A travers mes entretiens, je me suis rendue compte du rôle phare des soins de supports dans la prise en soins oncologique. De plus, ces soins regroupent un aspect important de notre métier : la pluridisciplinarité. Pour soulager au mieux les patients, on doit demander de l'aide à des personnes expertes dans leur domaine comme des psychologues, des diététiciens, des kinésithérapeutes, ... D'après les résultats de mes entretiens, les soins de supports permettent une meilleure prise en soin. En effet, selon eux, la patiente se sent plus importante, plus en confiance. Elle se sent entourée dans son hospitalisation.

Si les soins de supports apportent autant de bénéfices à la patiente mastectomisée, je me questionne sur les bienfaits des soins de supports pour tous les patients en service d'oncologie. De ce fait, je pose comme question de recherche :

Comment les soins de supports coordonnés par les infirmiers peuvent soulager les patients des effets indésirables liés aux traitements contre le cancer ?

A partir de cette question, on peut reprendre les recherches effectuées sur les différents plans cancer avec notamment la création des soins de supports pour améliorer la qualité de vie des patients et soulager les effets indésirables des traitements. La définition des soins de supports met à plat la question de recherche. De ce fait, un cadre conceptuel sur les effets secondaires des traitements oncologiques, notamment la chimiothérapie, peut être réalisé. Pour construire cette partie, on pourra s'aider de nos cours de l'unité d'enseignement 2.09 du semestre 5 « processus tumoraux » mais aussi d'un livre écrit par J. ALEXANDRE « L'indispensable en stage de Cancérologie-Hématologie » des éditions Elsevier Masson 2015.

On pourra mettre en parallèle les différents effets indésirables avec les différents soins de supports connus et ainsi leurs bienfaits sur les patients.

Conclusion

Lorsque j'ai commencé la formation, j'avais un projet en tête mais je continuais de me questionner sur mon devenir. J'avais débuté la préparation aux concours en voulant devenir puéricultrice. Etre infirmière auprès des enfants.

Au cours de ces trois années au sein de l'Institut de Formation aux Soins Infirmiers, j'ai été amené à aller sur différents lieux de stage. Chacun de ces stages m'ont appris des choses sur ma pratique mais aussi sur moi-même.

Au fil des stages, j'ai rencontré des patients atteints de cancer. Cependant cela aura été cette jeune fille Marie qui me touchera. Sur le moment, je ne m'en étais pas doutée. Cependant ces mots me trottaient en tête et j'ai décidé d'écrire mon analyse de situation dessus. Lors de l'écriture, je me suis laissée entraîner sur le sujet de la femme, de la féminité. Qu'est-ce que pouvait représenter la féminité pour chaque individu ?

Il m'est tout simplement apparu que cela deviendrait mon sujet de Travail de Fin d'Etudes.

A travers ce travail, j'ai découvert un univers qui me plaisait : infirmière en oncologie. Les patients atteints d'un cancer doivent endurer beaucoup de choses : la maladie qui peut devenir mortelle, les traitements lourds, les angoisses, les hospitalisations, les peurs, ... Malgré cela ils doivent rajouter à cette longue liste le fait de perdre une part d'eux, de ce qui les représente. J'ai donc voulu m'attarder sur cette notion.

Certes je parle exclusivement de la féminité autour de la poitrine. Cependant je sais que les recherches que j'ai pu fournir, ce que j'ai appris, je pourrais le transposer sur d'autres thématiques comme par exemple l'alopécie, la pose de stomie, ...

J'ai grandi dans cette formation. Petit à petit, je me suis découvert une nouvelle perspective. Aujourd'hui je réalise mon stage pré-professionnel en service d'oncologie. Chaque jour, je m'épanouis dans ce service.

Ce travail m'aura éclairée sur ma perspective d'avenir et dans quel service je souhaiterais travailler. C'est à moi désormais de faire mon possible pour que cela se produise et ainsi tirer profit du travail fourni lors de l'écriture de ce Travail de Fin d'Etudes.

Sources

Article

APOSTOLIDIS T. et DANY L. « Image corporelle et cancer : une analyse psychosociale » - Psycho Oncologie – 2009

Bibliographie

ALLOUIS M.L. « Soigner son image pour mieux vivre son cancer » - Edition Apima - 2005 - p.23

COLOMBAT P. « A propos de la mise en place des soins de support en cancérologie : pistes de réflexion et propositions » - InfoKara – 2009

REICH M. « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique » - *L'information psychiatrique* – 2009

SAGLIER J. « La femme et le cancer du sein » - Odile Jacob médecine – 2005

SUGG V. « Cancer : sans tabou ni trompette » - Edition Kawa – 2016

VERSPIEREN P. « Face à celui qui meurs », Edition temps et contretemps, Paris, 1984

Photographie

<http://www.tattoos.fr/tatouage/actus-tatouage/tatouages-poitrine-cancer-sein> (consulté le 19/11/2017)

Webographie

<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-journey/living-with-cancer/dealing-with-change/self-esteem-body-image/?region=on> (consulté le 15/09/2017)

<http://www.marieclaire.fr/cancer-du-sein-comment-reapprivoiser-l-image-de-soi,831472.asp> (consulté le 09/11/2017)

[http://www.marieclaire.fr/cancer-du-sein-reconstruction-psychologique,20161,424214.asp_\(consulté le 10/11/2017\)](http://www.marieclaire.fr/cancer-du-sein-reconstruction-psychologique,20161,424214.asp_(consulté%20le%2010/11/2017))

<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support/Definition> (consulté le 07 février 2018)

<https://www.ligue-cancer.net/localisation/sein#7> (consulté le 09 février 2018)

<http://www.filsantejeunes.com/les-seins-dans-lhistoire-6611> (consulté le 07 février 2018)

Annexes

Annexe I - Guide d'entretien

Bonjour, je suis actuellement en troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Montpellier. Dans le cadre de mon travail de fin d'études, je réalise des entretiens afin de me questionner sur ma future pratique professionnelle. Je vous remercie du temps que vous m'accordez pour répondre à mes questions. Votre anonymat sera préservé.

Présentation soignant (diplôme, lieu exercice/depuis quand) :

1. D'après votre expérience, lors d'une annonce, quels sont les ressentis exprimés par les patientes ?
 - a. Selon vous, quels ressentis ou peurs ne sont pas verbalisés ?
2. Dans votre quotidien, après la mastectomie, quel est le ressenti majeur et premier dont parle la patiente ?
 - a. Quel impact cela a sur leur image corporelle ?
 - b. Se sentent-elles mutilées dans leur féminité ?
 - c. Selon vous, l'âge de la patiente joue t'il un rôle sur le vécu de la mastectomie ?
3. Selon vous, qu'est ce que l'accompagnement d'une patiente mastectomisée ?
 - a. Quels objectifs visez-vous ?
 - b. Comment vous y prenez-vous pour réaliser cet accompagnement ?
 - c. A quoi êtes-vous attentive ?
4. Qu'évoque pour vous le terme « soins de support » ?
 - a. Les utilisez-vous ? Pouvez-vous les citer ? Pourquoi ceux là ?
 - b. Quels sont les objectifs attendus ?
 - c. Quels bénéfices y voyez-vous pour les patientes ?
 - d. Connaissez-vous le tatouage du sein post-mastectomie ? Si oui, qu'en pensez-vous ? Le recommanderiez-vous à des patientes ? Selon vous, cela devrait-il être inclut dans le projet du service ?

Annexe II – Analyse de mes entretiens

	Lors de l'annonce
IDE n°1	<p>Non présente lors de la consultation d'annonce « Quand on t'annonce une mastectomie, cela doit faire un gros choc émotionnel, avec plein de questions au niveau du physique. » « De la peur, de l'appréhension. »</p> <p><u>Absence de verbalisation</u> « Cela dépend de chaque personne »</p>
IDE n°2	<p>Non présente lors de la consultation d'annonce. « C'est souvent la sidération. La patiente qui sur le moment ne réalise pas tout mais plus la peur, non pas par rapport à son image corporel, mais la peur à cette maladie qui est mortelle. »</p> <p><u>Absence de verbalisation</u> « La peur de la mort, tout simplement. »</p>
IDE n°3	<p>Absence lors de la consultation d'annonce. « On se met à leur place. On empathie pas mal. » « Y a l'image corporelle, après le psychologique, l'annonce du cancer tout court. » « Si on imagine ce que pense tout le monde, c'est compliqué à vivre mais après c'est surtout l'image corporelle, le devenir, l'image de la femme. »</p> <p><u>Absence de verbalisation</u> « Je pense que ce qu'ils ne disent pas, c'est vis à vis des rapports sexuels pour les femmes jeunes. » « L'image que leur conjoint peut avoir d'elle après. » « Après chez les jeunes, elles ne parlent pas trop pour l'enfant après. »</p>
IDE n°4	<p>Absence lors de la consultation d'annonce « Je pense qu'il y a déjà un chemin qui a été fait. » « Il y a un temps entre le moment de l'annonce et vraiment quand elles se voient la première fois » « On t'enlève le sein c'est très compliqué mais y en a aucune qui arrive vraiment effondrer, pas bien. » « Elles sont assez au clair là-dessus j'ai l'impression. »</p> <p><u>Absence de verbalisation</u> « Qu'elles ont peur. » « Qu'elles sont mutilées je pense dans leur féminité. » « Le rapport à la sexualité pas du tout. » « Elles expriment peut-être plus de choses avec la psychologue. »</p>
IDE n°5	<p>Absence lors de la consultation d'annonce « Alors le premier truc qu'elles vont nous dire c'est le changement d'image corporel. » « C'est sûr que c'est vraiment la modification de l'image corporelle, le fait de moins se sentir féminine, tout le côté féminin qui est remis en cause. »</p> <p><u>Absence de verbalisation</u> « Je pense que c'est plus au niveau de leur vie intime. »</p>

	Ressenti post-mastectomie
IDE n°1	« Il y a la peur de la douleur. » « Le fait qu'on enlève une part de féminité. La poitrine c'est la femme, c'est la féminité. »
IDE n°2	« Elle se sent mutilée. »
IDE n°3	« La cicatrice déjà. « Comment elle est ? », « A quoi cela va ressembler ? ». » « Et après, c'est plutôt « Est-ce que cela va venir de l'autre côté ? », « Est-ce que cela va revenir ? ». »
IDE n°4	« Je pense que c'est les redons, c'est bête, mais la douleur. » « Y a beaucoup d'appréhensions. »
IDE n°5	« C'est de ne pas regarder. »

	Image corporelle
IDE n°1	« C'est la double ablation suivant la pathologie. » <u>Impact féminité</u> « C'est une partie de soi. C'est une partie de la féminité. »
IDE n°2	« Ne plus se sentir femme. »
IDE n°3	« C'est une mutilation complète ! C'est un changement de corps et une acceptation qu'elles doivent avoir. » « Après souvent, quand elles viennent ici, nous c'est ça, c'est qu'elles sont déjà bien préparées ! » « Mais souvent elles ne regardent pas la cicatrice. Elles ne regardent pas le pansement. » <u>Impact féminité</u> « Comme tous le monde. » « Après y a toujours cette histoire de cancer. » « Les personnes de 80 ans, est-ce qu'elles veulent s'embêter à se remettre un sein et faire une reconstruction ? (...) Je ne dirais pas qu'elles se moquent de leur image mais cela est moins important qu'une jeune personne de 25 ans ou d'une trentaine d'années qui a une relation et une vie de famille, qui s'habille et s'apprête. Je ne dirais pas qu'elle s'en fiche mais c'est moins important. »
IDE n°4	« Il faut qu'elles se réapproprient leur corps ! » « Cela reste quand même mutilé et cela reste quand même très visible. » « Les douleurs, tout, les sensations. » <u>Impact féminité</u> « Oui au début. » « Après elles accepteront avec le temps et encore je ne sais pas. »
IDE n°5	« Le fait de moins se sentir féminine, moins désirée. » « Parce que les seins, je pense que ça fait quand même partie de la féminité. »

	Age de la patiente
IDE n°1	« Si c'est une petite mamie qui a voilà vécu sa vie, elle va peut-être moins avoir ce ressenti de mutilation, de perte de la féminité parce qu'elle a eu son vécu avant. » « Si c'est une jeune de trente ans qui est dans sa vie de famille active et pleine, qui a son époux et ses enfants. Là c'est un peu plus important je pense. »
IDE n°2	« Je pense que cela joue plus un rôle pour nous. » « ! Je pense que quelque soit son âge, c'est hyper important quand même la féminité, l'image de son corps. »
IDE n°3	« Après cela dépend des personnalités de chacune. » « C'est quand même des gens qui ont encore une vie sociale, bien que les personnes âgées aussi. Elles ont encore une vie sociale, elles vont à la plage, les maillots de bain. Elles sont encore très féminines, il faut mettre le décolleté. Elles ont encore une vie sexuelle. »
IDE n°4	« Oui et non. » « Tu as des entourages différents. Tu as des vécus différents. Tu as des caractères différents. Je pense que c'est ça aussi. »
IDE n°5	« Plus les femmes sont jeunes, je pense, moins elles acceptent. »

Accompagnement	
IDE n°1	<p>« Tout ce qui est accompagnement, alors ça se passe, comme je disais, en amont avec l'annonce, lors des consultations d'annonce, le chirurgien. »</p> <p>« On a également une infirmière qui est spécialisée depuis bientôt un an, qui s'occupe vraiment de tout ce qui est sénologie. »</p> <p>« Elle s'occupe de l'avant et de l'après, en accompagnant les dames au mieux pour qu'elles soient bien prise en charge et dans toutes leurs questions sur l'après. »</p> <p>« Avoir des écoutes auprès des associations. »</p> <p><u>Objectifs</u></p> <p>« Ecoute de la personne. » « On leur explique. On écoute aussi beaucoup leur ressenti. » « De ne pas les brusquer. »</p>
IDE n°2	<p>« Déjà l'écoute de son ressenti. »</p> <p>« Lui donner des conseils, l'éducation. Toute l'éducation qu'on peut avoir. »</p> <p>« Et puis essayer de l'orienter vers un psychologue ou l'orienter vers les bénévoles des associations. »</p> <p><u>Objectifs</u></p> <p>« On vise l'acceptation. » « On discute avec elle. »</p> <p>« C'est vraiment en fonction de sa sensibilité. Et en fonction de la patiente, des désirs, du choix de la patiente. »</p> <p>« Accompagner au mieux, ça veut dire, ne pas les brusquer, tenir compte de leur choix, du moment. »</p>
IDE n°3	<p>« C'est déjà l'acceptation de cette mastectomie, qui est déjà faite au préalable comme on disait. Après tu as l'accompagnement au niveau de la douleur, qui est assez important. »</p> <p>« Nous on les accompagne en leur proposant pas mal de soins de support. »</p> <p>« Après je pense qu'on t'en a déjà parlé des bénévoles qui viennent pour donner leurs vécus et leurs expériences. »</p> <p><u>Objectifs</u></p> <p>« On va dire sortir satisfait. » « Déjà qu'elles repartent accompagner. »</p> <p>« Allez je vais dire qu'ils aient tout ce dont ils ont besoin à leur sortie. Toutes les réponses à leurs questions, tous les numéros de téléphones des personnes qui peuvent les aider pour leur prise en charge post-opératoire. »</p>
IDE n°4	<p>« Tout le soutien psychologique. Ne pas être brusqué. »</p> <p>« Anticiper la douleur au maximum. » « Je ne mens pas. »</p> <p><u>Objectifs</u></p> <p>« Arriver à les rassurer. » « Qu'il n'y ait pas de surprises au dernier moment. »</p> <p>« Qu'elles partent rassurées, sereines, confiantes. »</p>
IDE n°5	<p>« Les entourer. Etre là. » « Leur dire que ce qu'elles ont fait c'est déjà un grand pas. » « Ne pas l'obliger à regarder. »</p> <p><u>Objectifs</u></p> <p>« Je leur fais un semblant de poitrines. Comme ça déjà quand elles sortent, le regard des autres aussi.»</p> <p>« La mastectomie c'est un grand truc mais il y a le reste du traitement encore après. »</p>

Attention portée à la patiente	
IDE n°1	« Déjà à son faciès. » « C'est un soin où il faut parler, la communication. » « On n'oblige pas. (...) On leur explique. Et surtout on les rassure. »
IDE n°2	« Aux émotions de la patiente. » « On est attentif à la façon dont elle s'habille. Aussi à l'entourage. »
IDE n°3	« Beh déjà la douleur, parce que c'est très important. Puis par rapport à ses demandes. »
IDE n°4	« La douleur je pense. » « Ne pas les brusquer, aller à leur rythme. Mais les faire aller de l'avant aussi. »
IDE n°5	« Justement si elles verbalisent, si elles ne verbalisent pas du tout. » « Etre vigilante un peu sur leur comportement. »

	Soins de support
IDE n°1	<p>« On a tout ce qui est esthétique ici. On a une socio-esthéticienne qui intervient. On a aussi un salon de coiffeur (...) elles peuvent se faire chouchouter, dorloter. »</p> <p>« Il y a tout ce qui est perruque où elle voit un peu les chapeaux selon ce que les dames préfèrent. »</p> <p>« Tout ce qui est psychologue. (...) Nous on a aussi une écoute extérieure mais des fois c'est plus facile de parler avec quelqu'un un peu plus longuement. »</p> <p>« Il y a un suivi extérieur comme ça elles sont revues après. »</p> <p>« Il y a aussi tout ce qui est soins externes (...) pour le suivi des plaies. »</p>
IDE n°2	<p>« Soins de support, c'est tout ce qui est soins autour qui peut apporter un plus à la prise en charge. »</p> <p>« Les psychologues, les kiné, euh ... La coordinatrice en soins qui va faire le lien avec les pansements après, avec l'infirmière à domicile. Voilà. Les diététiciennes, l'esthéticienne, la socio-esthéticienne, voilà, qui vient souvent pour un petit soin, plus anodin. »</p>
IDE n°3	<p>« C'est tous les soins et moyens qui sont mis en place, mis en œuvre pour le patient, pour l'accompagner au mieux par rapport à sa pathologie, à sa maladie et au patient tout court. »</p> <p>« Pour la prise en charge dans la globalité. »</p> <p>« Le kiné on s'en sert par rapport à la douleur et à la cicatrice pour que ça soit moins dur. »</p> <p>« Après on a les soins externes qui gèrent un peu le post-opératoire et qui les renvoient surtout en consultations. »</p> <p>« L'infirmière coordinatrice qui gère vraiment le retour à domicile, avec les pansements, comment vont faire les infirmières. »</p>
IDE n°4	<p>« C'est toutes les choses que tu peux mettre en place, de manière pluridisciplinaire pour aider la patiente. »</p> <p>« Psychologue, aide-soignante, nous, kiné, assistante sociale. »</p>
IDE n°5	<p>« Justement tout les à côté. »</p> <p>« La psychologue, la kiné. Assistante sociale (...) pour organiser les aides à domicile. »</p>

	Objectifs des soins de support
IDE n°1	« C'est que leur chirurgie se passe au mieux. » « Tout est mis pour que le patient vive au mieux possible son hospitalisation. »
IDE n°2	« Pour le bien-être de la patiente. Pour la continuité des soins. »
IDE n°3	
IDE n°4	« C'est l'accompagnement quand même. » « Que la dame se sente soutenue et aider tout le long. » « Et les soins de support sont là pour soulager la patiente, pour l'aider, pour qu'elle se sente jamais seule. »
IDE n°5	« Faciliter la vie. » « Améliorer sa qualité de vie quand même. » « Eviter aussi les douleurs post-opérations. »

	Bénéfices pour la patiente
IDE n°1	« C'est déjà peut-être une prise de meilleure confiance. » « Les bénéfices c'est qu'elle soit moins douloureuse aussi. (...) Tout ce qui peut être douleurs physiques mais aussi douleurs psychologiques. »
IDE n°2	« Moins de stress, meilleure prise en charge, la patiente se sent importante parce qu'on s'occupe d'elle. » « La continuité des soins ! »
IDE n°3	« Ils ne se sentent pas tout seul. Ils sont entourés. » « Une prise en charge globale. »
IDE n°4	
IDE n°5	« Améliorer leur qualité de vie. »

	Tatouage du sein
IDE n°1	« J'en ai entendu parler. Mais je ne connais pas vraiment. » L'infirmière évoquait le tatouage de l'aréole et du mamelon.
IDE n°2	« Le tatouage c'est le mamelon que l'on reforme quand il y a eu une reconstruction du sein. » « Pour le tatouage du mamelon, ça se pratique ici. J'ai déjà vu faire. Je connais les résultats. Oui je recommanderai. »
IDE n°3	« Je l'ai vu mais je ne le connais pas particulièrement. Mais je l'ai vu chez des patientes. » Le recommande. « Ouais, je trouve ça assez joli. » « Au visuel, tu ne le vois pas ! Si tu le ne sais pas, tu ne fais pas attention. »
IDE n°4	« Oui. Alors ici on ne le fait pas. » « J'ai vu la tatoueuse. Oui j'ai vu des vidéos sur elle. » « C'est chouette ce qu'elle fait. Après ce n'est pas assez développé. » « Je le recommanderai oui. »
IDE n°5	« Alors j'ai vu qu'il y avait une femme qui faisait effectivement des tatouages. Je trouve ça génial qui ait des gens qui fassent ça. » « Pour moi, c'est top c'est génial. Je le recommanderais. C'est génial pour aider les femmes à accepter. »

« Quel est ce corps qui me détruit ? »

L'annonce du diagnostic de cancer du sein est un choc émotionnel pour les patientes et l'entourage. Cependant pour traiter le cancer du sein, bien souvent, il faut avoir recours à la chirurgie : la mastectomie. Cet acte est à viser thérapeutique mais il enlève une part de féminité à la femme. Elles doivent donc apprendre à réapproprier ce corps qui n'est désormais plus totalement le leur.

Les infirmiers jouent un rôle important dans cette situation car ils accompagnent les patientes pour les aider à accepter ce schéma corporel qui est modifié.

J'ai donc posé comme question profane : Comment l'infirmière accompagne t'elle la modification de l'image corporelle d'une patiente mastectomisée ?

Après avoir réalisé une recherche théorique, j'ai interrogé cinq infirmières : trois dans un institut spécialisé en oncologie et deux autres au CHU.

Cela a mis en évidence le rôle majeur des infirmiers mais aussi le travail pluridisciplinaire notamment avec les soins de supports. De ce fait, j'ai posé comme question de recherche : Comment les soins de supports coordonnés par les infirmiers peuvent soulager les patients des effets indésirables liés aux traitements contre le cancer ?

Mots clefs : Cancer, image de soi, mastectomie, soins de supports, schéma corporel

« What is this body that destroys me ? »

A cancer diagnosis is an emotional shock for the patient and family. However to treat breast cancer, surgery is often an option : a mastectomy. This act is therapeutic but it removes part of the woman's femininity. They must learn to reclaim a body which is no longer entirely theirs.

Nurses play a major role in this situation because they work with patients to help them accept this modified body image.

So I asked an initial question : How can a nurse assist a patient with her body image changes after a mastectomy ?

After doing theoretical research, I realised five semi structured interview : three in an institute specialized in oncology and two in a hospital.

This highlighted the major role of nurses but also of multidisciplinary work, especially with the supportive care. Therefore, I asked as research question : How supportive care coordinated by nurses can relieve patients of adverse effects related to cancer treatments ?

Key words : Cancer, self-image, mastectomy, supportive care, body image